

## PRE-APLICACIÓN PARA OAKGROVE-MONTEREY

**Instrucciones: Lea cuidadosamente. Solicitudes incompletas no serán procesadas.**

**1) Para calificar y ser admitido a una vivienda en Oakgrove el solicitante debe:**

- a) Ser una familia, tal como se define en la Póliza de admisión y ocupación continua del PHA de Oakgrove;
- b) Llenar los requisitos de ciudadanía o inmigración exigidos por HUD;
- c) Tener ingresos anuales en el momento de admisión y que no excedan los límites de ingresos que son establecidos por HUD y desplegados en todas las oficinas PHA;
- d) Proveer tarjetas y números de Seguro Social (NSS) para todos los miembros de la familia, proporcionar NSS dentro de los 90 días para aquellos menores de 6 años;
- e) Pagar cualquier dinero que se le deba al PHA o cualquiera otra autoridad de vivienda;
- f) No haber tenido un contrato de arrendamiento terminado por el PHA en los últimos 5 años;
- g) Ser capaces y estar dispuestos a cumplir con el contrato de arrendamiento que tienen con la autoridad de vivienda; y
- h) No tener ningún miembro de su hogar envuelto en actividades criminales que amenazan la vida, la seguridad, la salud o el derecho de otros residentes de disfrutar pacíficamente de su residencia, y no tener ningún miembro de su hogar envuelto en actividades delictivas relacionadas con drogas;
- i) El PHA conducirá una revisión de los antecedentes penales de todos los solicitantes mayores de 18 años de edad.

2) La pre-aplicación debe ser completada y enviada por correo o entregada en persona a: **Portola Vista (Oficina principal) @ 20 Del Monte, Monterey, CA 93940**

3) Las solicitudes que estén completas serán anotadas en la lista de espera en el orden que fueron recibidas. La lista de espera será entonces procesada de acuerdo al tipo de unidad, tamaño y preferencias para admisión.

- **Veteranos** - *Proporcione una copia de su DD214 para certificar que ha sido dado de alta honorablemente.*
- **Poseedor de un Vale de Sección 8** – *familias a quienes se les haya expedido un vale o un participante activo bajo el programa de Vale de Elección de Vivienda de la Sección 8.*

**Usted será notificado por escrito cuando su aplicación haya sido aceptada en un plazo de 60 días.**



*Continuar en la página siguiente*



- 4) Cada solicitante que cumpla con los requisitos mencionados anteriormente será invitado a una entrevista de elegibilidad. Es importante que usted proporcione todos los documentos necesarios al momento de su entrevista. En la entrevista, el trabajador va a discutir sus necesidades de vivienda y opciones, revisara la aplicación y recopilara la información necesaria para finalmente determinar se elegibilidad, su residencia idónea y el ingreso total de la familia. Usted debe proporcionar información detallada sobre todos los miembros de su hogar, verificar su estado legal en el país, reportar sus ingresos actuales e información de los gastos y proporcionar información acerca de dónde han vivido todos los miembros del hogar que sean adultos durante los últimos tres años. Si usted no asiste a la entrevista, se le removerá de todas las listas de espera bajo el programa de viviendas de bajos ingresos. **No se le no ofrecerá una vivienda hasta que haya completado una entrevista y la autoridad de vivienda determine que usted llena los requisitos para ser elegible.**
- 5) Apartamentos con alquileres accesibles son ofrecidos a las familias elegibles. Estas unidades son propiedad de la autoridad de vivienda. Existen en total 5 unidades bajo este programa. Los ingresos y el alquiler son revisados anualmente.

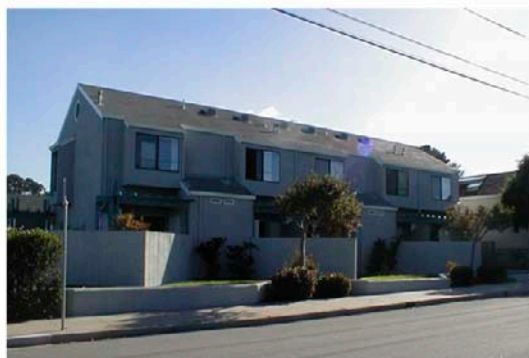
**Límites de ingresos vigentes desde el 1 de Diciembre del 2011**

<b>NÚMERO DE PERSONAS EN LA FAMILIA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Ingresos muy bajos (50 % Ingreso mediano) vigentes desde el 12/1/11</b>	<b>24,250</b>	<b>27,700</b>	<b>31,150</b>	<b>34,600</b>
<b>Bajos ingresos (80 % Ingreso mediano) vigente desde el 12/1/11</b>	<b>38,750</b>	<b>44,300</b>	<b>49,850</b>	<b>55,350</b>

La póliza de HACM es de ofrecer adaptaciones razonables a las personas con discapacidades para que también puedan participar en sus programas de vivienda. Para solicitar una adaptación razonable, puede ponerse en contacto con la coordinadora de la Sección 504, Jean Goebel; ponga su petición por escrito en la Oficina Central ubicada en 123 Rico Street, Salinas, CA 93907 o por teléfono al (831) 775-5022 o por TDD en (831) 754-2951

Si cree haber sido discriminado, puede llamar a la agencia de Vivienda Justa o la agencia Nacional de Igualdad de Viviendas y presentar una queja, el número gratuito es 1-800-347-3739.

**OAKGROVE - MONTEREY**



**Oakgrove**  
 1100 2nd St.  
 Monterey, CA 93940  
 5 units (2 bedroom)

**Envíe o entregue a:**

Portola Vista (Office)  
20 Del Monte, Monterey, CA 93940  
(831) 372-5057 TDD (831) 754-2951  
Fax (831) 372-2057



**SERA COMPLETADO POR EL GERENTE**  
Núm. de aplicación \_\_\_\_\_

**Pre-aplicación para el  
OAKGROVE-MONTEREY**

**Por favor escriba legible y claramente.**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_

Dirección de correo \_\_\_\_\_ Apto # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección presente: \_\_\_\_\_

¿Cuanto tiempo ha vivido en la dirección de arriba? \_\_\_\_\_ Renta Mensual \$ \_\_\_\_\_ Estime el costo de sus utilidades \_\_\_\_\_

# De teléfono ( ) \_\_\_\_\_ # de teléfono de noche ( ) \_\_\_\_\_ # de mensaje ( ) \_\_\_\_\_

**11. COMENZANDO CON UD.**-Enliste todas las personas que vivirán en su casa. Toda la información se debe dar para cada persona. Enliste todo el dinero ganado o recibido por **TODOS** los miembros que vivirán en su casa incluyendo UD. Esto incluye el dinero de salarios, de pensiones, del Seguro Social, de SSI, TANF/Cal-Works, beneficios de jubilación, de contribuciones, del empleo, del desempleo, etc.)

Ultimo Apellido	Primero Nombre	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Relación al jefe de Casa	Num. de Seguro Social	Ingreso Mensual	Origen de Ingresos
1.				Cabecilla			
2.							
3.							
4.							

(Use la parte de atrás de este formulario si necesita espacio adicional.)

Es UD un veterano o militar?  Si  No Familiar de un veterano o militar?  Si  No

Relación al veterano \_\_\_\_\_ (Proveer una copia de los documentos militares o las formas DD214.)

**Para Propósito de Acomodaciones-UD reclama lo siguiente:**

Discapacidades de Movilidad  Impedimento Auditivo  Impedimento Visual

Usted o algún miembro de su hogar se considera como una persona con una discapacidad?

Si  No Si respondió que "sí" cuál es el nombre de la persona? \_\_\_\_\_

Usted o algún miembro de su hogar necesita acomodaciones especiales en una unidad de alquiler (por ejemplo, el acceso de sillas de ruedas)?  Si  No Si respondió que "sí" que necesidades tiene? \_\_\_\_\_

**Raza/Étnica:** Esta información es confidencial y será usada únicamente por el gobierno con el propósito de conformarse a las leyes de Oportunidad e Igualdad. Su cooperación voluntaria en el abastecimiento de la información se apreciara y no afectará su lugar en la lista de espera

Blanco  Negro/Africano Americano  Negro/Africano Americano y Blanco  Asiático  Asiático y Blanco  
 Indio Americano/Alaska Nativo  Indio Americano/Alaska Nativo y Negro/Africano Americano  
 Indio Americano/Alaska Nativo y Blanco  Hawaiano Nativo/Islands del Pacifico  Otro: \_\_\_\_\_

Etnicidad/Hispano/Latino

Si  No  Si, Mexicano/Chicano  Si, Cubano  Si, Puertorriqueño  
 Si, Otro Hispano/Latino: \_\_\_\_\_

- 1. Alguna vez ha violado anteriormente las obligaciones Del programa de Viviendas Públicas?  Si  No
- 2. Alguna vez ha vivido en asistencia de viviendas o Sección 8 cualquier ciudad?  Si  No Donde? \_\_\_\_\_
- 3. Alguna vez ha cometido violaciones de uso/posesión de drogas o actividades violentas?  Si  No
- 4. Le debe dinero a La Autoridad de Viviendas?  Si  No Donde? \_\_\_\_\_
- 5. UD. o un miembro de su familia ha sido sometido a registrarse de por vida como un ofensor sexual?  Si  No Donde? \_\_\_\_\_  
Quién? \_\_\_\_\_



Continuar en la página siguiente



**Referencias del propietario.** Por favor, complete la siguiente información para todos los lugares que ha vivido en los últimos tres (3) años.

**Información de su Dirección Actual**

Dirección actual, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
Viví aquí de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
# de recamaras: \_\_\_\_\_ Renta \$ \_\_\_\_\_  
Motivo de mudarse: \_\_\_\_\_  
Nombre y número de teléfono del actual propietario: \_\_\_\_\_

**Información de Propietarios Anteriores**

Dirección actual, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
Viví aquí de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
# de recamaras: \_\_\_\_\_ Renta \$ \_\_\_\_\_  
Motivo de mudarse: \_\_\_\_\_  
Nombre y número de teléfono del actual propietario: \_\_\_\_\_

Dirección actual, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
Viví aquí de: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
# de recamaras: \_\_\_\_\_ Renta \$ \_\_\_\_\_  
Motivo de mudarse: \_\_\_\_\_  
Nombre y número de teléfono del actual propietario: \_\_\_\_\_

PHA se pondrá en contacto con todos los propietarios donde usted haya vivido en los últimos tres años de la fecha de su aplicación.

**ADVERTENCIA: El título 18. U.S.C. 1001, manifiesta que quien a sabiendas y deliberadamente produce o utiliza cualquier documento que contenga cualquier información falsa, ficticia o una declaración de entrada fraudulenta, en cualquier asunto en la jurisdicción de cualquier Departamento de los Estados Unidos, será multado, no más de 10.000 dólares o encarcelado por no más de cinco años, o ambas.**

**AVISO:** Es requerido que UD. notifique la Autoridad de Viviendas por escrito de cambios de domicilio. Si en caso que no podamos comunicarnos al domicilio reciente en su archivo, su nombre será retirado de las lista de espera.

Yo certifico que la información esta exacta y completa y entiendo que cualquier falsedad descalificara al solicitante. Yo autorizo al dueño a obtener verificación de crédito, empleo y contactar cualquier propietario previo. Firmando esta forma, certifico que la información es verdadera y correcta. Aplicaciones sin firmas no seran procesadas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe de la familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Otro Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha